

## **TI\_GERICHTE 32.2005.176 vom 23. Oktober 2006**

TI Tribunale d'appello, 2006-10-23, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2005.176](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2005.176)

FR: TI\_GERICHTE 32.2005.176 du 23 octobre 2006

IT: TI\_GERICHTE 32.2005.176 del 23 ottobre 2006

### **Regeste**

Dalle risultanze peritali risulta che l'Ass. non ha mai raggiunto un'incapacità al lavoro del 20% nella sua professione. Termine ex art. 29 cpv. 1 lett. b LAI non é iniziato a decorrere, pertanto l'ass. non può avere diritto a prestazioni. Valutazione anticipata delle prove. Rifiuto assist. giudiziaria.

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

LPGA – con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità. Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3%, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%; Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, Lausanne 1985, pp. 200ss). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; *Pratique VSI* 2000 p. 84). La valutazione dell'invalidità non è stabilita unicamente in base a fattori puramente medico-teorici (DTF 110 V 275, 105 V 207; RAMI 1996, p. 34, 36; STFA inedita 23 marzo 1992 nella causa

F.A.). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158; SVR 1996 IV Nr. 74 p. 124; RCC 1982 p. 35). Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 p. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 p. 180; ZAK 1984 p. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, p. 128). Quando in precedenza è stata concessa una prestazione limitata nel tempo, in caso di nuova domanda il competente Ufficio AI deve nuovamente esaminare se sono dati i presupposti per il riconoscimento del diritto a prestazioni, l'art. 87 cpv. 3 e

#### **E. 4**

OAI – secondo cui una nuova richiesta è riesaminata solo se vien dimostrato che il grado d'invalidità ha subito una rilevante modifica – non trovando in siffatta evenienza applicazione (DTF 125 V 410; STFA 15 febbraio 2000 nella causa K., I 81/99). 2.4. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI: " il diritto alla rendita secondo l'articolo 28 nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato: a) presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40 per cento, oppure b) è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media." Secondo l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, il diritto alla rendita secondo l'art. 28 LAI nasce il più presto nel momento in cui l'assicurato è stato, per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40 per cento in media. Di regola il periodo di carenza incomincia non appena l'assicurato subisce una diminuzione sensibile del suo rendimento nella professione esercitata sino a quel momento ed il termine può cominciare a decorrere anche quando l'assicurato non subisce alcuna perdita di guadagno o non esercita alcuna attività lucrativa (DTF 105 V 159; RCC 1979 p. 281, 1970 p. 402). Una diminuzione della capacità di lavoro del 20% soddisfa già la nozione legale (Pratique VSI 1998 p. 126). Alla scadenza del termine di 360 giorni l'assicurato deve presentare un'incapacità - questa volta - di guadagno del 40% almeno, che verrà definita secondo i disposti dell'art. 28 LAI. L'ammontare della rendita che verrà versata dipende dal grado d'incapacità di lavoro durante il periodo di carenza e di quello dell'incapacità di guadagno residua dopo i 360 giorni. Di conseguenza una rendita intera potrà essere riconosciuta solo se l'incapacità media di lavoro durante l'anno di carenza è stata di due terzi almeno e se in seguito sussiste un'incapacità di guadagno di perlomeno pari grado (RCC 1980 p. 263). Pertanto se l'incapacità media di lavoro è stata del 60% durante 360 giorni, l'assicurato non avrà diritto per cominciare che ad una mezza rendita anche se allo scadere del termine la sua incapacità di guadagno supera i due terzi. Inversamente, se dopo 360 giorni di incapacità media di lavoro di oltre due terzi l'incapacità di guadagno è scesa al 60%, l'assicurato avrà diritto unicamente ad una mezza rendita d'invalidità (Valterio, op. cit. pag. 222s, Pratique VSI 1998 pag. 126-127). Se l'assicurato esercita un'attività a tempo pieno durante almeno 30 giorni consecutivi, il termine di 360 giorni viene interrotto (art. 29ter OAI). 2.5. Dagli atti di causa risulta che l'assicurato ha dimorato a \_\_\_\_\_ dal 18 aprile 1988 al 31 gennaio 1998 e a \_\_\_\_\_ dal 1° febbraio 1998 in avanti (vedi i certificati di dimora 27 maggio e 10 giugno 2005 rilasciati dai rispettivi comuni; doc. II). Ci si potrebbe pertanto chiedere se, conformemente agli art. 55 LAI e 40 OAI, l'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero fosse o meno

competente a decidere sulla domanda di prestazioni AI inoltrata dall'assicurato il 25 giugno 1996. Al riguardo va innanzitutto rilevato che l'incompetenza territoriale non ha quale conseguenza la nullità della decisione. In una decisione del 29 giugno 2005 nella causa S. (I 19/05) il TFA ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) Nach Art. 40 Abs. 3 IVV bleibt die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle im Verlauf des Verfahrens erhalten. Der Versicherte hat sich 1995 (erneut) bei der IV-Stelle des Kantons Graubünden angemeldet, so dass diese - und nicht die IV-Stelle für Versicherte im Ausland - für den Erlass von Verfügung und Einspracheentscheid zuständig gewesen wäre; die kantonale Verwaltung hatte deshalb gar keine Kompetenz, die Sache an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland "abzutreten", wie es der Berufsberater vorgeschlagen hat (und es in der Folge auch gemacht worden ist). Die örtliche Unzuständigkeit hat jedoch keine Nichtigkeit von Verfügung und Einspracheentscheid zur Folge (Urteil S. vom 22. Januar 2004; I 232/03), während für das erstinstanzliche Verfahren die Rekurskommission infolge des ausländischen Wohnsitzes des Beschwerdeführers zuständig gewesen ist (BGE 100 V 57 Erw. 3c sowie - zur Rechtslage nach dem Inkrafttreten des ATSG – Urteil S. vom 22. Januar 2004, I 232/03). Die Rückweisung erfolgt deshalb nicht an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland, sondern an die zuständige IV-Stelle des Kantons Graubünden. (...)“ (STFA del 29 giugno 2005 nella causa S., I 19/05, consid. 2.6) Inoltre, nella misura in cui l'eccezione di incompetenza non è sollevata e la vertenza può essere decisa sulla base degli atti, l'autorità cantonale di ricorso può decidere nel merito. In un'altra sentenza del 17 gennaio 2005 nella causa S. (I 320/04) l'Alta Corte si è infatti così espressa: " (...) Le Tribunal fédéral des assurances examine d'office les conditions don't dépend la qualité pour recourir et les conditions formelles de validité et de régularité de la procédure administrative, soit en particulier le point de savoir si c'est à juste titre que la juridiction cantonale est entrée en matière sur le recours ou sur l'action (ATF 128 V 89 consid. 2a, 125 V 23 consid. 1a, 122 V 322 consid. 1). Selon la jurisprudence, lorsqu'il est saisi d'un jugement d'une autorité de recours incompétente à raison du lieu, le Tribunal fédéral des assurances peut par économie de procédure renoncer à annuler le jugement attaqué et à renvoyer l'affaire à l'autorité de recours compétente, à la condition que l'incompétence de l'autorité précédente n'ait pas été soulevée et que la contestation soit en état d'être jugée (cf. arrêts D. du 18 février 2003, U 152/02, consid. 2.1, R. du 19 décembre 2002, I 516/01, consid. 1 et L. du 16 juillet 2002, I 8/02, consid. 1.1). Il en va de même lorsqu'il s'agit d'examiner si c'est à juste titre que l'autorité inférieure est entrée en matière sur un recours formé contre une décision rendue par un office AI incompétent à raison du lieu (arrêt L. du 16 juillet 2002, I 8/02, consid. 2.4). (...)” (STFA del 17 gennaio 2005 nella causa S., I 320/04, consid. 1) Nel caso concreto, ritenuto che il rappresentante dell'assicurato non ha sollevato alcuna eccezione di incompetenza territoriale dell'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero e considerato che la vertenza può essere decisa sulla base degli atti, conformemente alla giurisprudenza federale sopra esposta, il TCA entra nel merito della causa. 2.6. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung,

BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352 consid. 3a). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354 consid. 3b/bb). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 230). Inoltre, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628- 629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294).

In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei suddetti criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124).

2.7. Per quanto riguarda l'argomentazione secondo la quale le conclusioni della Commissione di ricorso sarebbero vincolanti per l'Ufficio AI e quest'ultimo avrebbe dovuto quindi esaminare unicamente l'aspetto psichico – a prescindere dal fatto che la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti) – essa non merita qui ulteriore disamina ritenuto che anche volendo considerare valida, per quanto riguarda la componente somatica, la perizia 5 novembre 2001 del dr. \_\_\_\_\_, Primario di neurochirurgia presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, in ogni caso, come di seguito esposto, all'assicurato va negato il diritto a prestazioni. Il TCA deve qui infatti innanzitutto rilevare che, anche se nella decisione 23 aprile 2002 dell'Ufficio AI per gli assicurati all'estero si afferma che "(...) a causa del danno alla salute, l'ultima attività esercitata non è più esigibile (...)" (doc. AI 99), nella decisione 2 ottobre 2003 della Commissione federale di ricorso – che ha annullato la decisione 23 aprile 2002 – è posta in evidenza la conclusione a cui è giunto il dr. \_\_\_\_\_ nella perizia 5 novembre 2001 secondo la quale i dolori soggettivi lamentati non sono oggettivabili, la situazione valetudinaria dell'assicurato non è variata rispetto al 13 maggio 1993 e l'incapacità lavorativa è del 10%-15%. E' dunque a torto che l'assicurato pretende che egli in buona fede poteva ritenere di essere totalmente inabile al lavoro nella sua precedente professione. Infatti, riguardo alla sua capacità lavorativa, il dr. \_\_\_\_\_, nella perizia 5 novembre 2001, si era così espresso: "(...) 5) Grado della capacità di lavoro in per cento nell'attività lucrativa o nei lavori abituali (per es. conduzione dell'economia domestica) esercitati dall'assicurato prima del-l'inizio del danno alla salute. 85-90%. - A quale data la capacità lavorativa ha subito una diminuzione di almeno il 20% per cento? - Mai. Un'incapacità lavorativa compresa tra il 10 e il 15% può essere ritenuta dal momento dell'infortunio (05.06.1988) e questo definitivamente. - Come il grado della capacità lavorativa ha evoluto da allora? Sulla base dei dati oggettivi può essere ritenuto costante (incapacità del 10 - 15%) fino al momento attuale. (...)" (doc. AI 93, sottolineatura del redattore) Del resto, già nel suo precedente reperto 19 luglio 1990, il dr. \_\_\_\_\_ aveva solo ipotizzato un

reinserimento professionale e aveva osservato che: “(...) l’assicurato non deve in nessun caso essere considerato come un invalido completo e in tal senso dobbiamo divergere dall’opinione espressa dai nostri colleghi \_\_\_\_\_. Egli è sicuramente da considerare inabile per attività che comportino sforzi eccessivi o situazioni di carico della colonna. In tal senso ci sembra opportuno provvedere ad un reinserimento professionale in un’attività alleggerita per la quale il signor RI 1 è sicuramente da considerare abile al lavoro nella misura del 100% (...)” (doc. AI 16). La perizia 5 novembre 2001 del dr. \_\_\_\_\_ è poi stata sostanzialmente confermata dai periti del \_\_\_\_\_ nella loro perizia pluridisciplinare 8 luglio 2004: “(...) Bezüglich der medizinischen begründbaren Beeinträchtigungen ist also festzuhalten, dass jetzt keine nennenswerten gesundheitlichen Beeinträchtigung objektivierbar sind. Unsere Beurteilung stimmt somit in ganz erheblichem Umfang mit den früher geäußerten gutachterlichen Meinungen von Prof. \_\_\_\_\_ (34) und insbesondere auch Frau Dr \_\_\_\_\_ (15), wonach medizinisch nicht erklärt werden kann, weshalb der Versicherte seine zuletzt ausgeübte Arbeit nicht wieder aufgenommen hat, überein. [...] Der Versicherte ist nach unserer Ansicht voll als Chauffeur einsetzbar. Es bestehen keine Einschränkungen des zumutbaren Arbeitszeitrahmens oder der Leistungsfähigkeit. [...] Eine Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr hat seit dem Gutachten von Prof \_\_\_\_\_ 19.7.90 nicht mehr bestanden (...)“ (doc. AI 131, sottolineatura del redattore). Riguardo alla perizia del \_\_\_\_\_, alla quale – richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (consid. 2.6) – va attribuita forza probatoria piena, il TCA rileva ancora quanto segue. Per quanto riguarda l’aspetto psichiatrico, fondandosi sui rispettivi completi ed esaurienti consulti specialistici, i periti del \_\_\_\_\_ hanno concluso che: “(...) aus den Ergebnissen der jetzt durchgeführten Explorationen und Untersuchungen lassen sich weder auf psychiatrischem noch auf neuropsychologischem Gebiet krankheitswertige Störungen feststellen (...)” (doc. AI 131). In questo senso il TCA ritiene la refertazione medica agli atti sufficiente per valutare l’incapacità al guadagno dell’assicurato sotto l’aspetto psichiatrico, senza che si renda quindi necessario l’esperimento di un’ulteriore perizia psichiatrica “neutrale” richiesta dal ricorrente. Prive di rilevanza, se non pretestuose, sono poi le considerazioni – sollevate solo con la replica, in nessun modo provate e che a suo dire toglierebbero validità alla perizia – secondo le quali l’esame presso il \_\_\_\_\_ sarebbe durato solo 2 ore e l’assicurato si sarebbe sentito mal compreso in quanto l’interprete non parlava la sua lingua madre. Al riguardo, va fatto presente che se l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all’art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2003 IV Nr. 1 pag. 1 consid. 2; SVR 2001 IV Nr. 10 pag. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Inoltre, i periti del \_\_\_\_\_ hanno avuto modo, grazie all’ausilio di test specifici, di appurare che il risultato degli stessi poteva essere interpretato solo quale notevole aggravamento e simulazione da parte dell’assicurato: “(...) Aus neuropsychologischer und neurologischer Sicht ist zudem mit Nachdruck darauf hin zu

weisen, dass der Versicherte in obyektiver und in diversen Tests reproduzierbarer Art und Weise an den Tag legte, die nur als erhebliche Aggravation und Simulation interpretiert werden können (siehe Beschreibung der neuropsychologischen und neurologischen Testbefunde in Punkt 4.1.2 und

#### **E. 4.2**

des Gutachtens) (...)“ (doc. AI 131). In una sentenza del 21 agosto 2006 nella causa R. (I 759/05), chiamato a giudicare in un caso in cui il \_\_\_\_\_, sulla base della stessa diagnosi, appurata una tendenza all'esagerazione da parte dell'assicurato, era giunto a una conclusione sostanzialmente diversa rispetto a quella del \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_): incapacità al lavoro dell'80% nella sua professione considerata adatta - \_\_\_\_\_: capacità da un punto di vista neurologico e psichiatrico di esercitare la propria professione a tempo pieno con una riduzione del rendimento dal 10% al 20%), il TFA ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) Certes, les experts du \_\_\_\_\_ ont retenu, quant à eux, une diminution de la capacité de travail de 80% sur la base d'un diagnostic identique. Ils ont toutefois observé, rejoints en cela par les constatations objectives de leurs confrères du \_\_\_\_\_, qu'il n'existait pas d'arguments pour une étiologie somatique, psychiatrique primaire ou neurologique. Aussi, leur évaluation de la capacité de travail apparaît-elle fondée sur les seules déclarations subjectives du patient. De l'avis de ces médecins, il n'y avait pas d'évidence ou de suspicion d'exagération des symptômes ou de simulation. Or, comme on l'a vu, les tests pratiqués quelques mois plus tard par les spécialistes du \_\_\_\_\_, notamment dans le cadre de leur examen neuropsychologique, ont démontré que les plaintes du patient étaient fortement empreintes d'exagération, dénotant ainsi un comportement axé sur l'aggravation. Dans ces conditions, les conclusions des médecins du \_\_\_\_\_ ne sauraient mettre en doute celles des experts du \_\_\_\_\_ (...)“ (STFA del 21 agosto 2006 nella causa R., I 759/05, consid. 4.2) Da tutti i reperti medici rilasciati dalla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, e per essa redatti dal dr. \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_, risulta come questi specialisti non abbiano rilevato la tendenza all'esagerazione e alla simulazione dell'assicurato. Di conseguenza, in analogia alla giurisprudenza appena riprodotta, tenuto conto di questo fattore, non è possibile concludere diversamente circa la capacità al lavoro dell'assicurato nella sua precedente professione sulla base di questi certificati medici. In ogni caso il TCA rileva che il rapporto 23 novembre 2003 – nel quale il dr. \_\_\_\_\_ ha attestato un'incapacità totale del 100% osservando che “(...) Der Patient trägt eine Nacken ... der Nelson Typs (...)” (doc. AI 104) – figurava negli atti del \_\_\_\_\_ e i periti hanno rilevato che l'assicurato “(...) trägt keinen Stock oder eine Unterarmgehstütze und auch kein Korsett (...)“ (doc. AI 131). Nel rapporto 5 novembre 2004 il dr. \_\_\_\_\_ non attesta poi alcun peggioramento (doc. AI 137). Il dr. \_\_\_\_\_, nei rapporti 2 e 10 novembre 2004, non si esprime chiaramente sull'incapacità al lavoro dell'assicurato e attesta che “(...) Der Patient ist für keine Arbeit fähig. Eine körperliche Beschädigung eines Hohen Grades über 70%. Der Patient soll einer gründlichen Begutachtung durch die Invalidenkommission unterzogen werden (...)” (doc. AI 137) e che “(...) Wie ich die Lage beurteilen kann der Patient hat eine sehr begrenzte Arbeitsfähige Lage, die Behandlung muss immer per Rehabilitie-rung weitergeführt werden wie auch die Physische Therapie, weil er eine sehr schwere Körperverletzung in einer Skala von mehr als 70% besitzt. Er muss bei der Invaliden Kommission hingewiesen werden um die Kategorie zu bestimmen (...)” (doc. AI). Questa conclusione riguardo alla valutazione dei reperti medici rilasciati dalla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ vale a maggiore ragione se si pone mente al fatto che anche il dr. \_\_\_\_\_, nella sua perizia 5 novembre

2001, ha rilevato che “(...) l’importantissima componente funzionale (soggettiva) si è ulteriormente accentuata creando una discrepanza grottesca tra i disturbi soggettivi (e la relativa incapacità funzionale) e i dati oggettivi documentabili (...)” (doc. AI 93). Anche la dr.ssa \_\_\_\_\_, specialista in neurologia, nel suo rapporto 4 novembre 1991 all’intenzione dell’\_\_\_\_\_, aveva concluso che “(...) ripeto, visto quanto precede non si può ritenere nessun nesso organico tra l’incidente e la sintomatologia attuale, che è esclusivamente soggettiva e che tra l’altro non porta neanche ad una incapacità lavorativa. [...] Il signor RI 1 senza dubbio sfrutta la situazione a scopo finanziario ed ha cercato di trovare un metodo per approfittare dell’incidente che fortunatamente non ha lasciato nessuna traccia di una patologia obbiettivabile (...)” (doc. AI 24). Di conseguenza, ritenute le conclusioni della perizia 5 novembre 2001 del dr. \_\_\_\_\_ e della perizia pluridisciplinare 8 luglio 2004 del \_\_\_\_\_, alle quali, lo si ribadisce, va riconosciuta piena forza probatoria, a mente del TCA è giustificato ritenere, per lo meno secondo il criterio della verosimiglianza preponderante (cfr. DTF 126 V 360; DTF 125 V 195; DTF 121 V 208 consid. 6b; DTF 115 V 142 consid. 8b), siccome provato che – almeno dal 19 luglio 1990 (data del primo parere del dr. \_\_\_\_\_) – l’assicurato non ha mai raggiunto un’incapacità al lavoro nella sua professione di almeno il 20%. Pertanto il termine di cui all’art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (consid. 2.4) non è mai iniziato a decorrere e quindi è a giusto titolo che all’assicurato è stato negato il diritto a prestazioni. 2.8. Con il gravame il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell’assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio. Ai sensi dell’art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l’autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l’assistenza giudiziaria. L’art. 61 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell’assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG-Kommentar, 2003, Art. 61 N. 86 p. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell’assistenza giudiziaria - rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., Art. 61 N. 88s) - sono in principio dati se l’istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l’intervento dell’avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Nella specie, la domanda d’assistenza giudiziaria presentata dal ricorrente deve essere respinta, nessuna documentazione attestante il suo stato d’indigenza essendo mai stata (malgrado l’esplicita richiesta del 22 maggio 2006, doc. XI) trasmessa al TCA ed il gravame risultando inoltre già sin dall’inizio siccome privo di esito favorevole ai sensi della citata giurisprudenza e di quanto sopra esposto.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.